



C/ Doctor Fleming 35 Tf-Fax 971522507
07430 Llubí

CEIP Duran Estrany

FULL D'AUTORITZACIONS

ALUMNE/A: _____

Per la present els pares o tutors de l'alumne/a esmentat signam les següents autoritzacions i sol·licituds que seran efectives mentre no hi hagi comunicació per escrit en sentit contrari, durant tot el període de la seva escolarització al CEIP Duran Estrany.

DADES DEL PARE/TUTOR			
Nom i llinatges:			
DNI:	Tel. Mòbil:	Tel. Fix:	Mail:
DADES DE LA MARE/TUTORA			
Nom i llinatges:			
DNI:	Tel. Mòbil:	Tel. Fix:	Mail:

AUTORITZACIONS

ENVIAMENT CORREUS ELECTRÒNICS I MISSATGES MÒBILS	
AUTORITZAM al CEIP DURAN ESTRANY a enviar-nos tota la informació referent al/la nostre/a fill/a i a les activitats de l'escola mitjançant correu electrònic i aplicació mòbil.	
Signat pare/tutor	Signat mare tutora

UTILITZACIÓ DE LES IMATGES DE L'ALUMNAT	
AUTORITZAM al CEIP DURAN ESTRANY a la publicació de fotografies o filmacions del meu fill/a, en informacions de les activitats organitzades pel centre i publicades a la seva web.	
Signat pare/tutor	Signat mare tutora

PARTICIPACIÓ EN SORTIDES	
AUTORITZAM al nostre fill/a a participar en les diferents sortides pel poble de Llubí (visita a l'Ajuntament, recorreguts pel poble...) que es puguin derivar de les activitats lectives.	
Signat pare/tutor	Signat mare tutora

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

AUTORITZAM al/la mestre/a del meu fill/a a administrar, en cas de necessitat i **sota les indicacions del metge**, el medicament que pertoqui.

Signat pare/tutor

Signat mare tutora

ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

AUTORITZAM al/la mestre/a del meu fill/a perquè pugui acompanyar-lo al P.A.C. en cas d'urgència i no haver pogut contactar amb la família.

Signat pare/tutor

Signat mare tutora

RELIGIÓ CATÒLICA / VALORS

SOL·LICITAM que el nostre fill/a rebi classes de:

Religió

Valors

Signat pare/tutor

Signat mare tutora